ALTRI OTTO CASI

DI

CHIRURGIA RENALE

PEL

Prof. A. D' ANTONA

PROFESSORE TITOLARE DI PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA PROPEDEUTICA
NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI

Comunicazione fatta alla V Adunanza della Soc. ital. di Chirurgia
Napoli—1888.

NAPOLI
TIPOGRAFIA ANGELO TRANI
Strada Medina, 25
1888

D' ANTONA *Prof.* ANTONINO — *Napoli* — *Altri otto casi di Chirurgia renale.*

Signori,

Non è mai abbastanza detto e discusso nella Chirurgia renale. Non vi sarà adunque discaro che io torni anche in questa nostra riunione con 8 nuovi casi aggiunti alle nove nefrectomie già a voi note, e pubblicate.

Di questi otto casi cinque sono di nefrectomia, e tre di nefrotomia.

La 1.ª nefrectomia fu per semplice idronefrosi e fu seguita da guarigione.

Tre altre per pionefrosi con avanzata sepsi, e da lunga pezza durata, con due casi di morte.

La 5.ª nefrectomia fu per cancro peri-pelvico renale. Caso unico e singolare nella scienza, che perciò io voglio esporvi più particolarmente a donna operata, che alcuni di voi hanno già potuto osservare, è perfettamente guarita.

Dei tre casi di nefrotomie, che sono le prime che pubblico, due furono praticate per cisti di echinococco — guariti bene entrambi — ed il terzo fu di nefrolitotomia. Furono estratti numerosissimi calcoli piccoli, e si residuò una fistola lombo-renale. Quando pensavo a procedere alla estirpazione del rene fistoloso, s'ammalò ugualmente il rene sinistro, che in poco tempo divenne voluminoso, e la signora morì per lenta uremia.

OSS. 1.ª (Xª DELLA MIA SERIE) — IDRONEFROSI. — NEFRECTOMIA — GUARIGIONE.

Aversano Giuseppina, da Napoli, di anni 19, nubile, cucitrice, entrata in clinica il 9 gennaio 1887.

Nel giugno 1885, senza causa apprezzabile, fu colta da un forte dolore nella regione del fianco sinistro, per cui fu costretta applicarsi le mignatte: contemporaneamente s'accorse d'un lieve gonfiore nella regione dolente. Il dolore scomparve dopo tre o quattro giorni, ma il gonfiore restò per varii mesi e fu solo dopo il Natale ch'esso, a dir dell'inferma, scomparve completamente.

Nel frattempo i mestrui mancarono per quattro mesi; poi ri-

tornarono, ma non furono più così regolari come lo erano stati fin dal 14° anno di età della giovine.

L' inferma stette bene fino al giugno 1886, quando con poco dolore, inapprezzabile da principio, vide ricomparire il tumore al fianco sinistro, che d' allora è andato mano mano crescendo di volume sino a raggiungere l' attuale.

L' inferma afferma che il tumore è venuto di lato dell'addome.

È stitica di corpo; urina di frequente, e la quantità di urina emessa è minore che per lo passato.

L' analisi eseguita dal prof. Primavera ha dato:

cc. 80; P: Sp: 1021; non vi è altro di anormale che parecchi grossi cristalli di acido urico ed un buon numero di emasie quasi regolari.

L' inferma non si lagna d'altro che d'un dolore sordo, sempre maggiore a sinistra, e d'un po' d'affanno. Nel sonno poggia meglio sul lato del tumore; altrimenti le sembra che il respiro venga meno e non può resistere.

L'apparecchio digerente è sano. La nutrizione è un po' scaduta.

Nessun precedente morboso importante.

Esaminando l' addome dell' inferma si rileva un anormale rigonfiamento generale, ma più a sinistra, e specialmente nella regione sottoipocondriaca e quadrante laterale corrispondente. Questo rigonfiamento non è uniforme, ma si vede come costituito da due bozze, una a sinistra più grande nella regione laterale e sottombelicale, l' altra verso destra più piccola, alquanto mobile coi movimenti respiratori.

Colla palpazione, situata l'inferma nella dovuta posizione, noi possiamo delimitare il tumore facilmente e con abbastanza esattezza; in basso, sulla sinfisi del pube è possibile infossare le dita e sentire che il tumore se ne discosta per tre dita trasverse; lateralmente, verso sinistra, dista dal ponte di Poupart per due dita trasverse; similmente a livello della spina iliaca anteriore superiore; ma più in dietro non è possibile segnarne il limite inferiore, perchè il tumore riempie tutto il lombo sinistro e poi si caccia sotto l' arco costale. Rivenendo colla palpazione al segmento inferiore si rileva ch' esso s' estende a dritta fin ad occupare la parte alta della fossa iliaca dritta. Da questo punto il contorno anteriore del tumore risale obliquamente in alto ed a sinistra fino a sperdersi di sotto gli archi costali in corrispondenza della mammillare prolungata. Una ben marcata insellatura si nota sul margine interno del tumore, ed in corrispondenza della regione ombelicale.

La superficie del tumore è nello insieme equabile, regolare ed uniforme nella consistenza. Sembra nell' insieme fluttuante, ma le pareti sono molto tese. Tutto il lombo, ed ipocondrio alla percussione vuoti.

Con osservazioni ripetute posso dimostrare che il colon discendente giace di fronte al tumore un po' a sinistra della linea alba e giace isolato dalle anse intestinali, che arrivano a colmare la insellatura a dritta del tumore, ed infuori della regione ombelicale.

Fu fatta diagnosi d'idronefrosi probabilmente calcolosa, e decisa l' operazione la inferma dalla Clinica propedeutica dell' Ospedale di Gesù e Maria fu condotta alla mia Casa di salute la mattina dell' 8 febbraio.

Cloroformizzata l' inferma, sotto lo *spray*, fu fatta l' incisione secondo il mio metodo addomo-estraperitoneale. Il foglietto esterno del mesocolon non essendo stato ricacciato dal tumore molto all' innanzi, nel fare il taglio fu aperto per un piccol tratto il peritoneo verso la parte esterna, ma fu immediatamente cucito con catgut. Il rene idronefrotico si trovò molto aderente verso l'alto sotto l' arco costale: il suo volume era così grande, che non fu possibile estrarlo per intero, ma fu necessario lo svuotamento. Legati con forti fili di seta i vasi renali e l' uretere, questo fu fissato all' angolo inferiore della ferita. Asciugata e nettata bene la vasta cavità residuale, fu lasciato in sito un doppio tubo a fognatura, e la ferita addominale fu chiusa con punti di sutura staccati, dopo averne lavati i margini con soluzione al sublimato.

La sera dell'operazione l'inferma aveva: P: 28; R: 70; 37°, 5 di temperatura; di poi si mantenne sempre apirettica. Diciassette giorni dopo l'operazione, l'inferma poteva dirsi quasi completamente ristabilita.

Comunque sospettato e ricercato pure non si trovò calcolo alcuno. E restò un enigma la patogenesi dell'occlusione; eppure il rene era così dilatato che appena in alcuni punti restavano residui di sostanza renale. Nè l'uretere era mica dilatato per fare supporre occlusione in giù. Solamente è a ricordare che l' uretere partito dall' ilo del rene all' altezza della cicatrice ombelicale cavalcava e circondava tutto l' estremo inferiore del tumore per gittarsi nella piccola pelvi. Così l'uretere era fortemente allungato sul tumore retroposto, e compresso dalle pareti addominali. Ma questa ragione meccanica d' impedimento al deflusso dell' urina potendo essere accettata pel periodo di sviluppo avanzato del tumore, non potea in alcun modo essere invocata come causa

dell' inizio dell' idronefrosi. Forse in primo tempo fu calcolosa la occlusione, il calcolo venne eliminato, e restò l' alterazione topografica delle cose. È un' ipotesi, alla quale tengo poco. Il fatto è che asportato il rene si potè con una sonda liberamente percorrere la pelvi e tutto il moncone dell' uretere lungo 7 cent. rimasto appeso al rene dopo l' estirpazione.

Oss. 2ª (XIª) — PIELONEFRITE SUPPURATA (GROSSO CALCOLO NELL'IMBOCCATURA URETERICA. ALTRI PIÙ PICCOLI NELLA PELVI E NEL PARENCHIMA RENALE) — NEFRECTOMIA — MORTE.

Pasquale Fasulo, di anni 36, da S. Maria di Capua, ammogliato con due figli.

Non ha precedenti morbosi d' importanza. Fa rimontare l' attuale malattia a poco più di tre anni, quando cominciò a notare una frequenza di urinazione, ed un deposito fioccoso nelle urine. Visitato da un chirurgo fu fatta diagnosi di *cistite*, dipendente da restringimento uretrale notevole, per cui fu praticata la dilatazione forzata. Non si ebbe nessuna miglioria: anzi aumentò il deposito dell'urina; e, dell'analisi fatta, si constatò una notevole quantità di pus. Poco dopo sopraggiunse la febbre, la quale si ripeteva ad intervalli, ed una tumefazione indistinta che l' infermo avvertiva nella regione del fianco sinistro, e che era alquanto dolente alla pressione forzata.

Visitatolo, gli consigliai l'operazione. Egli invece volle seguire piuttosto i consigli di qualche medico (acque alcaline, l'aria di Torre del Greco ecc.); ma per circa due anni, non ricavò vantaggio di sorta, che anzi il *dolore*, i *disturbi dell' urinazione*, il *detribus purulento* dell' urina e le *febbri* ricorrenti lo emaciarono a tal punto ch' egli stesso assicura di essere divenuto quasi irriconoscibiie.

In queste condizioni si ripresentò a me.

Individuo di regolare sviluppo scheletrico, ma emaciato, denutritrito, sembra vecchio più di quello che è. Ha temperatura serotina di 38°,3, 38°,7; al mattino 37°,5.

Tumefazione della regione laterale sinistra dell' addome, che si rende più pronunziata in corrispondenza dell' ipocondrio, tanto da rendere più arcuate e spinte eccentricamente le ultime costole, sotto delle quali essa protubera come il segmento d' un grosso limone.

Colla palpazione si può delimitare ancor meglio questa tume-

fazione: ha una forma ovoidale, col margine anteriore dista dalla cicatrice ombelicale per 3 c. m. circa, poi scende obliquamente in basso ed in dietro verso la spina iliaca, ant. sup. dalla quale dista 3 c. m. circa, per continuarsi indietro riempendo il lombo sino alla colonna vertebrale: in alto il margine superiore non è possibile precisare, perchè s'infossa al di sotto dell'arco costale.

La percussione, a partire dal lombo e venendo trasversalmente innanzi, è vuota sino alla ascellare anteriore prolungata; verso l'alto la percussione vuota risale oltre la 7ª costola. In corrispondenza della linea ascellare anteriore prolungata la percussione diventa timpanitica e si conserva tale *di fronte al tumore*, sino alla risuonanza più marcata dello stomaco, mentre, verso la linea mediana si confonde con quella timpanica dei visceri addominali.

La tumefazione ha consistenza duro-elastica; leggermente dolente alla pressione; nessun dolore spontaneo.

Quando le urine si facevano limpide il tumore si facea grosso, teso, sensibile, e la febbre si rialzava a 39° 5 e 40°. — Coll'emissione della marcia guasta e putrida si modificano i fatti in meglio. La indicazione della nefrectomia era evidente, quantunque grave.

Operazione. — Incisione nella maniera innanzi descritta. — Tumore enorme che non permette l'estrazione a traverso la ferita, per cui è necessario prolungare la incisione in sopra ed in sotto. Si tenta di enucleare il tumore colla capsula, ma non è possibile. Allora si sguscia, s'incide e viene fuori un prodotto fetidissimo purulento insieme a parecchi e grossi calcoli.

Si passa un laccio attorno al picciuolo, ma non si riesce ad allacciarlo perchè il tumore si spappola, e si ha una grave emorragia che si riesce a stento a frenare.

Afferrato nuovamente il picciuolo si passa un robusto filo di seta; si allacciano i vasi più importanti.

Emostasia e poscia lavande antisettiche ripetute. — Tubo a fognatura nel fondo della ferita, contrapertura lombare; sutura delle pareti.

L'individuo, già anemico e deperito per la lunga e protratta suppurazione, muore, — non ostante le cure più energiche apprestategli — coi fenomeni di grave collasso nel giorno stesso dell'operazione.

Oss. 3.ª (XIIª).—PIELONEFRITE SUPPURATA—NEFRECTOMIA—MORTE.

Adelaide Avena di anni 34, di Domenico e fu Rosaria Ciane, di Bagnoli Irpino (Avellino), donna di casa.

Da giovinetta mestruò sempre regolarmeute; a 19 anni si maritò ed ebbe 3 figli, i quali godono buona salute. Il padre è vivente, la madre è morta in seguito a tumore di milza cronico.

L' ultimo sgravo, 8 anni fa, fu alquanto travagliato, tanto che fu necessaria l'estrazione del feto col forcipe; dopo pochi giorni ebbe mastoite suppurata e febbri che durarono un mese.

D' allora fu sempre bene sino a 4 anni fa, 1883, quando, essendo costretta dimorare a Brindisi, prese le febbri da malaria a tipo terzanario che perdurarono circa un anno. Gli fu ordinato il cambiamento d' aria e andò a Leone: si rimise, però le febbri— sebbene molto raramente — ricomparivano.

Il 10 Gennaio 1886 senza causa apprezzabile fu colta dalla solita febbre a freddo ; questa volta però molto più forte ed accompagnata da sintomi che per lo innanzi non aveva mai avuti; cioè da un dolore in corrispondenza del fianco diritto, e da un *senso d' irritazione* e *bruciore* nel passaggio dell' urina, che ora era diventata molto torbida e sedimentosa. Oltre a ciò palpandosi nella regione ove avvertiva il dolore, notò una tumefazione ben delimitabile della grandezza di un grosso uovo, e che si arrestava al disopra della cresta iliaca, senza prolungarsi affatto nella piccola pelvi.

Questi sintomi, cioè la febbre, il dolore ai fianchi e l' irritazione e bruciore nel passaggio dell' urina si mantennero costanti per oltre 20 giorni, durante i quali essa fu costretta restare sempre a letto. Nel tempo istesso, ogni qualvolta doveva andare di corpo, avvertiva dolori addominali diffusi, molto forti e vedeva designarsi le anse intestinali sulle pareti addominali.

Dopo una ventina di giorni ella potette cominciare ad alzarsi dal letto, però era costretta camminare un po' curva per il dolore al fianco dritto. Il dolore si è mantenuto limitato a questo punto. Da qualche mese pure è andato diminuendo, non così quel senso d' irritazione nell' urinare.

La sua salute generale è, relativamente, molto scaduta e malandata. Non ha più la vigoria d' una volta. Le forze deperiscono di giorno in giorno e la febbre serotina ed i dolori quasi continui la sciupano a tal segno, che sembra consunta. Le sofferenze sono tali, che essa invoca assolutamente l'intervento chirurgico.

All' ispezione rilevasi sul fianco dritto un rigonfiamento abbastanza diffuso, ma non un vero tumore.

Colla palpazione invece si può ben delimitare un tumore che riempie tutto il lombo ed arriva anteriormente alla linea alba; in basso sin quasi alla spina iliaca ant. sup. Il *polo inferiore* più pronunziato arriva sin quasi alla linea mediana; mentre *il segmento superiore* si impicciolisce nel diametro trasversale e raggiunge appena l'ascellare anteriore prolungata; il margine interno perciò è curvilineo e più sporgente in basso. Fatto questo su cui insisto, perchè nell'insieme il tumore ricorda la forma di qualche organo.

Il polo superiore si segue sotto le cartilagini costali per un certo tratto e poi s'infossa sotto l'ipocondrio.

Il tumore si sente perfettamonte al di sotto gli atrofici muscoli delle pareti addominali, anzi, facendo la palpazione combinata, con le dita di una mano infossate davanti la massa muscolare dei lombi, e l'altra sul polo opposto del tumore, si ha la sensazione proprio come se il tumore fosse sottoparietale; ed il più piccolo impulso si trasmette perfettamente bene.

La percussione, nella linea mediana è timpanitica; trasversalmente sul tumore è vuota e si continua tale andando indietro sino alla colonna vertebrale.

Sul polo inferiore di fronte al tumore si ha, per una zona limitata, percussione timpanitica la quale si continua in alto sino al fegato; di lato a questa zona la percussione è vuota perfettamente.

Sintoma questo importante, perchè indica un fatto già in altri casi rilevato, la posizione cioè anteposta del colon al tumore.

Tutto il tumore è discretamente mobile ed offre la resistenza d'una vescica ripiena di liquido, ma molto tesa.

La diagnosi di pielonefrite con distensione consecutiva del rene risultava chiara da tutti i fatti fisici e dai disturbi funzionali.

Io non voleva operare la inferma, e perciò la tenni a riposo per ben 2 mesi in Clinica. Ma infine il caso e la volontà decisa della inferma mi decisero.

L'esame dell' urina diede:

« Albumina grammo 1 e mezzo per mille, dovuta interamente ad una notevole quantità di muco-pus: nessun altro principio chimico patologico. Quanto ai princii fisiologici essi sono tutti discretamente scarsi, tranne l'indossisolfato potassico che è molto abbondante. Al microscopio, oltre a numerosi corpuscoli di pus,

non si è trovato altro che alquante cellule epiteliali della vescica ».

Operazione. — Il 17 Maggio 1887 si procede all' operazione.

Pulizia e disinfezione della regione. Cloroformio.

Incisione dalla cartilagine della ottava costola obliquamente in basso al ponte di Poupart. Incisione a strati sino ad arrivare alla capsula del tumore.

Per le estese ed abnormi aderenze del tumore coi dintorni riesce molto difficile e faticoso lo sgusciarlo. Finalmente vi si riesce e si fa una doppia legatura del picciuolo. L' uretere è ispessito nelle sue parti e del volume come d' un dito grosso. Nel praticare la legatura si ebbe emorragia dal picciuolo, che, dopo un certo tempo, si riescì a frenare. Nel fare il taglio fu inciso il seno di riflessione del peritoneo in due punti che furono suturati immediatamente col catgut.

Contrapertura nella regione lombare. Emostasia. Tubo a fognatura che dall' angolo inferiore della incisione andava a fuoriuscire per la contrapertura lombare.

Punti di sutura staccati.

L'inferma stette alquanto inquieta nelle prime ore dopo l' operazione.

Notte insonne. Tendenza al collasso. Marsala, cucchiai di brodo che furono rigettati. Riscaldamento artificiale. Fasciatura espulsiva dagli arti inferiori. Iniezioni ipodermiche di etere e castorio. Respirazione d' ossigeno puro.

Ciò non ostante, alle ore 7 a. m. dell'8 Maggio muore coi sintomi di collasso.

Oss. 4.ª (XIII). — Pielonefrite suppurata — Nefrectomia — Guarigione.

Carmine Napoli da Baronissi (Salerno), d'anni 28, tessitore, fu ricevuto in clinica nel Marzo 1888.

Giovine, contrasse una blenorragia. Nell'Ottobre 1884, senza causa apprezzabile, cominciò ad avvertire malessere generale, senso di debolezza, impossibilità di lavorare, e tutto ciò accompagnato a leggiero movimento febbrile. Dopo 4 o 5 giorni si manifestò un dolore alla regione lombare dritta. La sede del dolore l' infermo non sa bene precisare, ma egli l' avvertiva profondamente, e dice che aumentava colla pressione della mano e cogli atti respiratorii. Frattanto sopraggiunsero forti brividi di freddo

ed elevazione termica altissima (41° e qualche decimo) che persistette per 4 giorni.

Contemporaneamente l' urina, che prima era limpida, divenne rosso-scura intensa nel primo giorno della febbre ; continuò così per 3 giorni, poi divenne meno colorata lasciando un forte deposito muco-purulento. Cadde la febbre ; il dolore si avvertiva ad intervalli ma in grado molto lieve; il deposito dell'urina però persistette per oltre 15 giorni. Dipoi migliorò a segno che potette ritornare al suo lavoro. Non ebbe più sofferenze per circa un anno, quando nell' inverno, Novembre 1885, si ripetettero nuovamente gli stessi fatti, cioè il senso molesto di peso e di dolore nel fianco e lombo diritto, la febbre col brivido intenso, l'urina sanguinolante, e poi con un deposito di muco-pus. L' ammalato dopo un mese si rimise abbastanza bene, tanto da poter ripigliare il lavoro.

Nell' inverno dell' anno successivo, 1886, questi fatti si ripetettero nuovamente.

Nel Gennaio di quest'anno, 1888, sopraggiunse ancora il dolore e la febbre accompagnata dai soliti sintomi i quali, questa volta, furono meno intensi. Però il medico curante gli disse trattarsi d'una affezione molto grave e lo consigliò di ricoverare nella nostra clinica.

Giovane biondo, costituzione mediocre, ma molto deperito e sciupato ; colorito giallastro ; aspetto sofferente. Nella regione del fianco diritto si nota una tumefazione che si prolunga anteriormente ed in basso sino a tre dita trasverse dalla cresta iliaca e che si contorna perfettamente bene anteriormente ed in basso: in dietro riempie il lombo completamente, mentre in alto si sperde di sotto il fegato.

La percussione è vuota su tutto l' ambito della tumefazione in tutti i sensi, sino al lombo, il colon ascendente spostato in avanti verso il limite interno del tumore. Un senso chiaro di fluttuazione si percepiva nella porzione antero-inferiore del tumore.

Fu fatta *diagnosi* di pielonefrite suppurata.

Prima di procedere all'operazione — la quale fu praticata nella grande sala pubblica della Clinica di Gesù e Maria — fu fatta una puntura esploratrice e venne fuori pus fetido.

Incisione che dalla cartilagine della 8ª costola scende in basso verso il terzo esterno dell' arcata crurale ; incisione a man sospesa della cute, muscoli, sino sul foglietto posteriore del mesocolon.

Scoperto il tumore, dissezione della sua faccia posteriore. In

questa manovra si ruppe in qualche punto la sacca renale, e venne fuori un liquido torbido purulento. Il polo inferiore si afflosciò di molto, il superiore invece restò molto teso e, riuscendo difficile l'enuclearlo, fu mestieri prolungare l'angolo superiore della ferita. Frattanto si produsse superiormente una piccola breccia nel peritoneo per cui l'epiploon cadde nel campo operativo.

Fatta l'emostasia dei vasi più importanti, si riuscì a passare un laccio elastico alla base del tumore e circondarlo completamente.

Riconosciuto l'uretere, fu esciso ed il moncone affidato ad un filo di seta. Si passò quindi alla ricerca dei vasi che furono assicurati con doppia legatura.

Asportazione di tutta la massa del tumore, il qual risultava di parecchie concamerazioni; in qualche punto v'era del tessuto renale ancora riconoscibile; in vicinanza proprio dell'uretere si trova un calcolo abbastanza grosso: altri più piccoli se ne trovarono nelle diverse concamerazioni.

L'uretere fu inciso per un tratto di parecchi cm:, raschiato e causticato colla soluzione d'acido fenico forte (7 %).

Sutura della breccia peritoneale al catgut.

Emostasia e disinfezione di tutto il campo della ferita col sublimato (1 ‰). Sutura profonda dei margini della ferita e doppio tubo a fognatura posto profondamente, verso il picciuolo uno, e l'altro in basso. Il filo dell'uretere in basso e gli altri dei vasi in alto furono portati agli angoli rispettivi della ferita esterna insieme ai tubi.

Dopo l'operazione l'infermo fu relativamente tranquillo; però, nel giorno si ridusse in uno stato di collasso abbastanza grave.

17 Aprile	ore	1 pom.	aveva	temp:	36,2	polsi	100;	resp. 28
»	»	6	»	»	37,2	»	104;	» 30

18 Aprile — Durante il corso della notte ebbe diverse scariche diarroiche precedute ed accompagnate da dolori, vomitò il brodo e la marsala. Nelle prime ore del mattino le scariche furono più frequenti e sanguinolenti; senso molesto come di premiti.

Temp. 36,8; Polsi 112; Resp. 30.

Si amministrano gli oppiati, delle cartine di magnesia e bismuto. Grande depressione delle forze, raffreddamento degli arti; pallore generale; sudore freddo.

Riscaldamento artificiale; brodo freddo, che neanche è ritenuto, così pure la marsala.

Ore	7 pom.	Temp.	37,3	polsi	110,	resp.	34
»	11 »	»	37,5	«	108,	»	30

Ritiene gli oppiati; continua la diarrea ma il sangue è diminuito.

19 Aprile ore	5 ant.	Temp.	36,9	puls.	98	resp.	24
» »	3 pom.	»	37,2	»	98	»	»
» »	6 »	»	37,5	»	96	»	22
» »	12 »	»	37,6	»	96	»	22

Ha ritenuto lo chiampagne che gli si amministra ad intervalli regolari, insieme a qualche cucchiaio di brodo; ritiene pure le cartine oppiate. Ritorna il calore agli arti ed il colore al volto; il polso è più sostenuto, il generale più sollevato; può dirsi fuori pericolo. Continua ancora la diarrea, ma i premiti sono di molto diminuiti, ed il sangue è in piccole traccie.

21 Aprile — L'infermo è molto più sollevato, continuano gli stessi fatti, ma in grado molto minore.

Si fa la prima medicatura; poco prodotto, ed è costituito da un liquido sanguinolento-sporco che esce a traverso i tubi ed al dintorno dei fili del picciuolo. Le lavande si praticano coll'acido fenico, essendo gran parte dei sintomi sopradescritti dovuti al sublimato:

Le cose in prosieguo procedettero bene. Dopo l'eliminazione di parecchi cenci dagli angoli della ferita, e la caduta dei lacci, la lesione procedè rapida verso la guarigione, ed alla fine di Maggio l'infermo ritornò a Baronissi guarito.

Oss. 5.ª (XIV). — Cancro peripelvico del rene sinistro — Nefrectomia — Guarigione.

Anamnesi. — Concetta Rispoli, di anni 41, da Castelmorrone (Caserta) fu ricevuta in clinica li 11 Febbraio 1888.

Nessun fatto anamnestico importante. All'infuori d'una bronchite non ha altri precedenti morbosi. L'attuale malattia rimonta a poco più di un anno quando, toccandosi per caso nella regione del fianco sinistro, s'accorse d'un corpo duro indolente che si estendeva in basso sin quasi alla cresta iliaca. Non vi sono stati mai dolori spontanei, o provocati, tranne un senso molesto di peso in detta regione.

Le urine non sono state mai torbide nè hanno lasciato mai deposito. L'esame fatto dal Prof. Primavera ha datto cc. 350 — P. S. 1020 — Assenza di albumina e di ogni altro principio chimico patologico, compresa l'uroeritrina; normali i pigmenti or-

dinarii ed i fosfati terrosi ; discretamente abbondanti gli urati e l'urea, molto abbondante l'indossisolfato potassico; al microscopio nulla d'importante. Non vi è stata mai febbre, neanche durante tutto il tempo che la Rispoli è stata in clinica.

La metà sinistra dell'addome è alquanto più rigonfia, ma la prominenza maggiore è in corrispondenza della regione lombare e quadrato laterale corrispondente. La cute che la ricopre è normale senza alcun marezzamento venoso.

Colla palpazione si riscontra una tumefazione di forma irregolare, a grosse bozze, con margini arrotondati, ben delimitata e che si estende in basso sino a due dita dalla cresta iliaca; in alto si sperde di sotto l'arco costale, in dentro non oltrepassa la linea mediana dell'addome, mentre indietro si può contornare il suo margine sino alla regione lombare, la quale è tutta occupata dalla tumefazione.

Colla percussione si ha risuonanza vuota dall'arco costale sino in basso a due dita dalla cresta iliaca; trasversalmente risuonanza vuota assoluta su tutta la regione lombare sino in corrispondenza della mammillare prolungata.

Gl'intestini quindi sono tutti ricacciati a diritta del tumore, meno quell'ansa anteposta ad esso, che per la risuonanza e per l'esperimento di iniettare una soluzione di bicarbonato seguita da altra di acido tartarico, si potette constatare essere il colon discendente.

Nelle profonde ispirazioni il tumore discende un poco.

Colla palpazione bimanuale il tumore si avverte molto superficiale nella regione lombare, e colla percussione si constata che il tumore colla sua aja d'ottusità arriva a confondersi con quella della milza, ch'è nei suoi limiti normali.

Non fluttuazione, anzi, prima di procedere alla operazione punto il tumore dalla regione lombare con un trequarti, si osserva che la cannula penetra in tessuti solidi, e non viene fuori che sangue.

Da questi fatti obbiettivi, dall'anamnesi, dal decorso della malattia si inclinò ad ammettere un tumore del rene o della regione renale, probabilmente di natura maligna.

Operazione. — Il giorno 7 Marzo nella grande sala pubblica di Gesù e Maria procedetti alla Nefrectomia col metodo *Addomo-extra-peritoneale.*

Incisione a strati delle pareti addominali dalla cartilagine della 7.ª costola al 3.° esterno del ponte di Poupart. Si giunse così sul peritoneo e propriamente sul foglietto posteriore del meso-

colon, il cui angolo di riflessione è spostato, come spesso, molto all' innanzi. Si scolla allora questo mesocolon di più verso l'interno, in modo da lasciare perfettamente libera la superficie anteriore del tumore. La quale appare irregolare, a bozze, con una bozza grande, fluttuante, verso il polo inferiore del tumore. S'incide questa e viene fuori una discreta quantità di liquido, limpido in apparenza, per cui il tumore si riduce di volume.

Si libera e si caccia fuori il polo inferiore del tumore; si cerca di far lo stesso col polo superiore; in questa manovra, alquanto stentata, vien rotta una grossa vena (la emulgente), che, come vedremo, partiva dal polo superiore e fu ligata colla seta; si cerca di completare la dissezione posteriore del tumore.

Si passa allora un grosso laccio elastico alla base di questa massa, il più basso che è possibile. Escisso un pezzo della massa del tumore si riconosce che è tumore solido.

L' uretere, dell' apparenza d' un grosso cordone, partendo dal polo superiore, cavalca obliquamente tutta la faccia anteriore del tumore; esso viene escisso, si disinfetta (acido fenico 7 $^0/_0$), e si affida l'estremo ad un filo di seta.

Si completa, dopo di ciò, la dissezione del tumore che resta aderente soltanto per un sottile picciuolo, che ligato con robusto cordoncino di seta, ed escissa tutta la massa al di qua, si riconosce esser formato dai vasi e tessuto connettivo.

Emostasia. — Disinfezione del picciuolo. — Larghe lavande di quel cavo, ed introduzione di quattro grossi tubi a fognatura, dei quali 2 interi e 2 fenestrati.

Sutura della ferita con punti di seta staccati; all'angolo inferiore della ferita fu assicurato il filo del moncone dell' uretere.

Medicatura all' iodoformio.

Dopo l' operazione l' inferma fu abbastanza tranquilla; temperatura normale; polsi 67; verso le 8 di sera 80.

Giorno 8 matt. — Temp. 37,3 — Leggieri dolori viscerali; parecchie scariche alvine; sera temp. 38,2.

9 — La medicatura è sporca di sangue per cui si rimuove. Temp. 37,5; sera 39.

10 — Continuano i dolori al ventre; non ostante la febbre, le condizioni dell' inferma sono molto soddisfacenti. Temp. 37,5; sera 38,2.

15 Marzo — L' aumento di temperatura serotina (38-38,2) perdura. Si rimuovono tutti i punti della ferita; i lembi sono accavallati ed al di sotto vi ha raccolta purulenta e cenci necrotici. Asportazione di questi e larga disinfezione.

Dopo di ciò le condizioni locali andarono lentamente migliorando ed anche la temperatura ritornò al normale.

Ed oggi 27 Marzo (sono appena 20 giorni) parecchi di voi altri colleghi avete potuto osservare la Carmela Rispoli coricata in un letto della mia sala a Gesù e Maria in uno stato convalescente, e l'ampia ferita ridotta ad un semplice seno ben granulante.

Esame del tumore. — La massa del tumore un po' oblunga è grande quanto due pugni di uomo riuniti insieme. Il rene è ridotto ad un grosso e schiacciato cordone, addirittura come un pollice di uomo; è allungato, s'estende e circonda tutto il lato convesso esterno del tumore; sicchè l'estremo superiore e l'inferiore del rene assottigliati raggiungono i due poli opposti della massa del tumore.

Tutta la pelvi renale è schiacciata ed è addossata sulla faccia anterior superiore del tumore: i vasi renali e l'uretere si staccano da vicino l'estremo superiore del rene. L'uretere perciò, venendo dall'alto, passa innanzi il corpo del tumore per gittarsi nella piccola pelvi.

Il tumore si può dissecare in buona parte dalla pelvi e dalla sostanza renale, meno dove la sostanza del tumore ha invaso ed infiltrato il tessuto proprio renale.

Il tumore poi è una forma tipica di carcinoma: verso il segmento superiore è più giovane, donde l'aspetto lobato e glandolare; in basso con grossi focolai di degenerazione grassa, e più giù una cavità cistica grossa quanto un uovo di tacchino.

A prima giunta guardando alcuni preparati si avrebbe potuto avere il dubbio di sarcoma alveolare; ma ad un esame attento ogni dubbio sulla natura epiteliale degli alveoli è rimosso. È difficile intendere la genesi di quel cancro fuori del rene, ed indipendente dalla pelvi. Potrebbe farsi rimontare a residui di reni primitivi rimasti sequestrati?

Seguono adesso tre osservazioni di nefrotomia.

Oss. 1.ª — Cisti da echinococco del rene diritto — Nefrotomia — Guarigione.

Marinacci Giacomina, di anni 10, da S. Giovanni a Teduccio, fu ricevuta in Clinica il 24 Novembre 1887. Ha genitori viventi e sani, tre fratelli e tre sorelle i quali godono tutti buona salute.

All' età di 4 anni soffrì tosse convulsiva; da tre anni a questa parte è andata soggetta a dolori articolari ricorrenti di quando in quando, e congiunti qualche volta anche a gonfiore delle articolazioni. Ha avvertito dolore anche in corrispondenza del fianco destro, anzi, nel Settembre ultimo scorso, notò quivi una piccola tumefazione di consistenza elastica, indolente, la quale, a quanto asserisce l' inferma, non pare sia aumentata di volume.

Non ha altri precedenti morbosi ; mai arenella nè disturbi dell' urinazione.

Giovinetta di costituzione eminentemente linfantica ; tessuto cellulo-adiposo sottocutaneo molto abbondante, pelle bianca, delicata, cedevole.

Addome asimmetrico, più prominente nella regione del fianco diritto, e quadrato laterale destro dell' addome. Colla palpazione è possibile precisare un tumore tondeggiante, equabile, di consistenza molle-elastica, quasi fluttuante in tutti i sensi. Esso si estende in basso fin nella fossa iliaca e fin giù ed in avanti sulla spina iliaca ant. sup. e parte esterna del ponte di Poupart. In avanti non sorpassa la linea mammillare prolungata. In alto s' infossa al di sotto dell' arcata costale, ed indietro si continua con le massi muscolari del lombo, che riempie e che perciò si presenta più pieno e resistente del sinistro: sicchè, infossando quivi le dita, si sente subito il tumore il quale pare poggi proprio sulle dita, e, colla palpazione bimanuale, si avverte il ballottamento in modo netto e preciso.

Colla percussione, al limite interno del tumore, si ha risuonanza timpanica che ricorda quella del cieco e colon ascendente; in alto la percussione ottusa del tumore si continua con quella del fegato; indietro l' ottusità si prolunga su tutto il lombo, mentre che, al lombo sinistro, la percussione è chiaramente timpanica.

Da una puntura praticata in clinica, il 17 Gennaio, si estrassero per circa 100 grammi di liquido che fu giudicato per liquido di una suppurazione cronica.

L' esame dell' urina praticata dal prof. Primavera fu per ben due volte del tutto negativo.

In base a questi fatti, alla costituzione dell' inferma, alla durata e decorso della malattia, all' esame negativo del liquido estratto inclinai più per una suppurazione tubercolare sequestrata del rene; senza escludere la probabilità che potevasi trattare di una cisti da echinococco suppurata.

Operazione. — La mattina del 31 Gennaio si procedette all'operazione.

Incisione come nei casi precedenti, ma più breve.

Arrivato sulla superficie del tumore, si sente una parete cistica nettamente fluttuante ed aderente ai tessuti vicini. Si pratica una larga incisione di essa, ed insieme ad abbondantissimo liquido limpido, citrino, vengono fuori una quantità di cisti piccole da echinococco di diversa grandezza. Colle dita rilevo che la cavità ampiissima scende fin nella piccola pelvi e sale assai dietro il fegato.

Svuotata completamente la cisti si cerca e si riesce ad estrarre buona parte della parete della cisti madre; indi si praticano larghe lavande al sublimato; introduzione di 4 grossi tubi da fognatura, due dei quali non fenestrati, che pescano sino nel fondo della cavità cistica;

Sutura a punti staccati di seta forte delle pareti addominali.

Medicatura all'iodoformio.

Vi fu leggiero movimento febbrile nei primi cinque giorni dall'operazione;

31	Gennaio	matt.	37,2	sera	37,8
1	Febbraio	»	37,7	»	38,3
2	»	»	37,8	»	38
3	»	»	37	»	38,3
4	»	»	37,2	»	38,5
5	»	»	37,1	»	38,3
6	»	»	37	»	37,5
7	»	»	37	»	37,2

poi la temperatura ritornò al normale e si mantenne sempre tale.

Il 10 Febbraio, prima medicatura; prodotto scarso, fuoriuscita di altre cisti figlie.

2 Febbraio, qualche cisti figlia;
7 » rimozione dei punti;
25 » si ritirano un po' i tubi da fognatura;
2 marzo, prodotto scarso, si ritirano ancora i tubi da fognatura;
10 » si rimuovono i tubi da fognatura e si sostituiscono con altri di calibro molto più piccolo.

La cavità andò mano mano restringendosi; restò un piccolo tragitto che, in capo a qualche mese, scomparve; essendosi l'inferma molto rifatta in salute.

Oss. 2.ª — Cisti da echinococco del rene diritto suppurata Nefrotomia — Guarigione.

Anamnesi. — Rinaldi Anna, d'anni 27, donna di casa, nativa di Napoli, visitata da me in un misero tugurio di Napoli. L'indomani fu ricevuta ed operata urgentemente.

La Rinaldi, madre di due figli di buona costituzione, godè sempre buona salute. Nel Settembre ultimo però fu affetta da reumatismo articolare, di cui guarì completamente.

Due mesi più tardi, improvvisamente, mentre camminava fu colta da forte dolore all'epigastrio, cui seguì vomito, che si ripetette di tanto in tanto per due giorni consecutivi, massime ogni qualvolta ingeriva cibo o bevande. Questi fatti scomparvero, e rimase un senso di dolore al lombo ed ipocondrio diritto, con un massimo di dolorabilità là dove la linea mammillare prolungata incontra il bordo costale.

Perdurò in questo stato, sempre senza febbre, sino a due mesi or sono, quando dopo medicature praticate per metrite cronica, e dopo un cateterismo fattole da un chirurgo sopraggiunse febbre. D'allora cominciò a notare nettamente un tumore nel fianco diritto che è andato sempre gradatamente aumentando di volume.

D'allora le urine si alterarono, a volte molto torbide e fetide, ed in questi giorni coincideva costantemente febbre più mite; a volte erano chiare, e la febbre si riaccendeva.

Giovane assai sciupata, consumata a segno dalle febbri e sofferenze da dover esser trasportata a braccia d'uomo.

Nella metà laterale diritta dell'addome si vede una tumefazione molto prominente, la quale arriva in sopra sino di sotto l'arco costale, in basso a due dita trasverse dalla spina iliaca anterior superiore; in dentro all'ombelico, ed indietro riempie tutto il lombo. La cute è integra senza alcun marezzamento venoso.

Colla palpazione si confermano questi istessi limiti, e si può precisare ancora meglio una tumefazione a superficie liscia, uniforme, con margine interno curvilineo, la cui concavità guarda verso l'ombelico. La consistenza e la tensione sono rilevanti, ma è chiara la fluttuazione. La tumefazione è alquanto mobile cogli atti respiratorii.

La percussione in alto sul polo superiore nel tumore, è vuota e si conserva tale sino al limite inferiore; andando indietro si conserva vuota sino alla colonna vertebrale.

Senso penosissimo di dolore da parte dell' inferma; febbre, insonnia.

Non fu praticata alcuna puntura esploratrice.

L' esame dell' urina, praticata dal prof. Primavera, non diede alcun dato positivo.

« Cc: 150; p. sp. 1022. Albumina 1/20 di grammo per litro. Molta uroeritrina; nessun altro principio chimico patologico; abbondanti i pigmenti ordinarii, l'indossisolfato potassico e l'urea; abbondantissimi gli urati; molto scarsi i fosfati terrosi ed i cloruri. Al microscopio niente altro che granuli di urato acido di sodio in grandissimo numero ».

Diagnosi. — Nefrite suppurata.

Per lo stato grave dell' inferma, anzichè alla nefrectomia, operazione cui difficilmente l' inferma avrebbe potuto resistere, si pensò procedere in primo tempo alla nefrotomia, salvo a praticare poi la nefrectomia, se ne fosse il caso in un 2.° tempo, quando l' inferma fosse alquanto ripigliata in forze. L' indomani della sua venuta in clinica, il 12 Aprile, si procedette all' operazione:

Incisione dei comuni tegumenti e muscoli sulla regione lombare.

Incisione della saccoccia e fuoriuscita di grandissima quantità di pus d' un odore ingratissimo, sì da appestar la sala.

Larga disinfezione al sublimato; fuoriuscita di una grossa membrana che fu riconosciuta per echinococco.

L' ampio cavo fu disinfettato e drenato con grossi tubi.

È questo il secondo caso di cisti da echinococco del rene in cui l' esame del liquido, ripetuto due volte per maggior sicurezza dal prof. Primavera, non ha mostrato la presenza di uncini.

L' inferma, dopo l' operazione, fu molto abbattuta; alle 2 pom. si ebbe vomito che si ripetette più tardi alle 4 pom. La temperatura scese di sotto del normale 35,7; polsi deboli, 80; respirazioni 36.

Si amministrano gli eccitanti, marsala e brodo, e siccome questo non era ritenuto, così si amministrò per la via del retto.

Trascorsi questi primi giorni di tempesta, l' andamento volse nel modo migliore, e rapido. La donna si rifece nel corso di pochi giorni, e dopo quattro settimane volle lasciare l'ospedale riportando solamente un breve tragitto, dal quale veniva pochissimo prodotto.

Oss. 3.ª — Pielonefrite calcolosa — Nefrotomia — Guarigione — Ripetizione di processo nell'altro rene e morte.

Signora Stocchetti. Da 2 anni (1884) dolore alla regione lombare diretta; che, ora più ora meno, non scomparve mai completamente. — Poco dopo febbre, e le orine, che prima erano chiare, di tanto in tanto diventavano molto torbide. Contemporaneamente il fianco diritto divenne più prominente e colla polpazione si potette notare un tumore ovoidale, dolente alla pressione, che occupava tutto il lombo corrispondente. — Percussione vuota su tutto l'ambito del tumore sino alla colonna vertebrale. Colon spostato all'innanzi.

Diagnosi: Pielonefrite calcolosa.

Operazione. — Cloroformio. — Disinfezione della parte. — Punzione col tre quarti nel centro del lombo diritto. — Fuoriuscita di marcia fetidissima. Sulla guida del tre quarti divisione de' tegumenti esterni col termocauterio fin sul tumore. In questa manovra il tre quarti esce dalla sacca che si è retratta; allora col dito si riprende la via tracciata dal trequarti, e, penetrato nella sacca, la si apre largamente. — Fuoriuscita di una gran copia di piccoli calcoli. Lavaggio al sublimato; inbottimento con garza. Poca perdita di sangue, caduta della febbre e notevole miglioria dell'inferma.

Nelle medicature consecutive fuoriuscita di altri calcoli. — In capo a due mesi la ferita è ridotta ad un piccolo seno donde fuoriesce l'urina; si tenta di chiudere la ferita all'esterno per far incanalare l'urina dall'uretere. tanto più che colle injezioni di liquido colorante (ipermanganato di potassio) per la fistola lombare si otteneva immediata emissione di urina colorata egualmente. — Frattanto la Signora comincia a lamentarsi di dolori nel lombo sinistro — incomincia nuovamente la febbre; si manifesta un tumore dell'identica natura nella regione renale sinistra e, mentre si pensava praticare la nefrotomia anche da questo lato, la Signora muore.
